

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA TORACENTESI

Il/la sottoscritto/a: .....

nato/a: ..... il: .....

SPAZIO PER EVENTUALE  
ETICHETTA  
IDENTIFICATIVA

dichiaro di essere stato/a informato/a in data ..... dal dr. ....

### DI ESSERE AFFETTO/A DA: **VERSAMENTO PLEURICO E CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO EFFETTUARE TORACENTESI**

Il versamento pleurico consiste nella raccolta di liquido superiore ai 10-20ml nella cavità pleurica che è lo spazio compreso tra il polmone e la cavità toracica, tra polmone e cuore, tra polmone e diaframma.

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con il Medico che mi ha illustrato gli scopi e le modalità di esecuzione della procedura e gli eventuali effetti collaterali.

L'intervento verrà eseguito da uno o più dei seguenti medici: Dr Marco Biolo, Dr Pietro Geri, Dr Annalisa Busca, Dr Chiara Torregiani, Dr Alessandra Pagnin, Dr Pierpaolo Babich, Dr Claudio Albertini, Dr Caterina Antonaglia, Dr Roberto Trevisan, Dr Rossella Cifaldi, Dr. Sonia Bassini, Dr Metka Kodric, Dr Rossana Della Porta, .....

Il Medico cui potrà fare riferimento è il Dott.: .....

### **Descrizione della procedura:**

La toracentesi consiste nell'introduzione di un ago nella cavità toracica, con o senza anestesia locale, attraverso uno spazio intercostale, per aspirare il liquido in essa contenuto; all'ago verrà raccordato un piccolo tubo attraverso il quale sarà possibile raccogliere il liquido pleurico.

Viene solitamente effettuata a paziente sveglio in posizione seduta, dopo aver evidenziato con la percussione toracica o con l'esame radiologico o ecografico la sede della raccolta da evacuare, identificando in particolare il limite superiore della raccolta stessa.

Tale procedura può includere l'introduzione di un catetere di drenaggio che potrà restare in sede per alcuni giorni e che consentirà il drenaggio del liquido e/o l'introduzione di farmaci.

### **Indicazioni e/o vantaggi della procedura:**

- Ottenere dei campioni di liquido da poter sottoporre ad esami specifici
- Migliorare i sintomi legati alla sensazione di affanno condizionati dalla compressione del liquido pleurico
- Riespansione del polmone compresso e/o collassato e il miglioramento della funzione respiratoria.
- Instillazione di farmaci - talco sterile in cavo pleurico per pleurodesi o fibrinolisi.

### **I rischi più comuni di questo intervento sono:**

**Pneumotorace:** presenza di aria nel cavo pleurico, dovuto a lesione polmonare. Può richiedere il posizionamento di un drenaggio toracico.

**Emotorace:** raccolta di sangue nel cavo pleurico che può essere conseguente a lesione di un'arteria intercostale; potrebbe richiedere un intervento per rimuovere i coaguli ed eseguire l'emostasi.

**Infezione della cavità toracica:** dovuta a inquinamento del cavo stesso, può richiedere un trattamento antibiotico ed eventuale drenaggio con lavaggio pleurico.

**Perforazione di organi interni,** come pericardio, cuore, polmone, grandi vasi, diaframma, milza, fegato; richiedono di volta in volta trattamenti specifici, ivi inclusi interventi chirurgici di correzione.

**Lesione di vasi e/onervi intercostali** che possono avere un decorso anomalo e quindi la precauzione di pungere sopra il margine superiore della costola può non essere sufficiente

**Formazione di aderenze pleuriche:** date da tralci di fibrina che fanno aderire il polmone al cavo pleurico

Il Personale Sanitario e gli ambienti dove si svolgono le procedure sono preparati al trattamento immediato di tutte le possibili complicanze.

**Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:**

- Mancato miglioramento/peggioramento della funzionalità respiratoria
- Impossibilità di eseguire test specifici sul campione di liquido prelevato per avere una eventuale diagnosi più specifica della malattia e quindi di una terapia adeguata

**I possibili esiti cicatriziali dell'intervento chirurgico sono rappresentati da**

Solitamente la toracentesi non da importanti esiti cicatriziali e sono gli stessi di quelli che potrebbe dare un prelievo di sangue.

**Mi è stato spiegato che le alternative a questo trattamento chirurgico sono:**

**Posizionamento di drenaggio toracico**, più invasivo, richiede il ricovero ospedaliero, con rischio aumentato di infezioni se lasciato per più tempo e lascia piccolo esito cicatriziale in sede di inserzione del tubo.

**Pleuroscopia**, che permette di prelevare anche campioni bioptici, ma è più invasivo, richiede il ricovero ospedaliero, necessita di posizione di drenaggio toracico, e lascia piccolo esito cicatriziale in sede di inserzione del tubo.

**AVVERTENZE SPECIALI:**

**STATO GRAVIDICO**

A causa dell'eventuale impiego di raggi X dopo la procedura per controllo di possibili complicanze, è necessario informare i medici di una eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

**ALLERGIA ALLA LIDOCAINA**

La procedura prevede la necessità di somministrare anestetici locali come lidocaina. I soggetti con pregressi episodi allergici in seguito a somministrazione di lidocaina devono avvisare il Medico in modo tale da utilizzare altri anestetici. Allergia nota LIDOCAINA: NO SI

**Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:**

1. DOMANDA: .....

RISPOSTA: .....

2. DOMANDA: .....

RISPOSTA: .....

Consiglio della necessità, della finalità e dei rischi che questa procedura comporta e delle conseguenze di un eventuale rifiuto. Dichiaro altresì che le informazioni fornite sono state esaurienti e hanno chiarito tutti i miei dubbi in merito alla procedura.

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO** di esservi sottoposto di mia volontà.

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. ecografia, scopia con raggi X, radiografia del torace) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso.

**Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.**

**Firma del paziente\*:** .....

**Firma del medico:** .....

**Data:** .....

**Esame eseguito per stato di necessità:**

**Dott.** ..... **Firma:**.....

**Data:** .....

\* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Nome e cognome del padre: .....

Nome e cognome della madre: .....

Firma del padre: .....

Firma della madre: .....

Data:.....

Data: .....

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE**

Nome e cognome dell'interprete (stampatello): .....

Firma dell'interprete: ..... Documento: ..... Data:.....

Nome e cognome del testimone (stampatello): .....

Firma del testimone: ..... Documento: ..... Data:.....